PDF-XCHANGE
Click to buy NOW!
www.docu-track.com

DIU de Pédagogie Médicale,

Universités Limoges Poitiers Tours

Année Universitaire : 2008-2009

Mise en place de la supervision directe comme méthode pédagogique pour la formation des internes du DES d'ORL au CHU de Tours

Date de Soutenance : 3 octobre 2009

Sylvain Morinière

QuickTime™ et un décompresseur sont requis pour visionner cette image.

UNIVERSITÉ FRANÇOIS - RABELAIS TOURS

QuickTime™ et un décompresseur sont requis pour visionner cette image.

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

Introduction

La formation des internes du diplôme d'étude spécialisée en ORL (DES d' ORL) est d'une durée de 5 ans (10 semestres). Au cours de cette période, l'interne va progressivement acquérir les connaissances et les compétences qui lui permettront d'être autonome en fin de cursus. L'ORL étant une spécialité médico-chirurgicale, la majorité des internes complètent leur formation avec deux ans de post-internat dans un service hospitalier. Cette formation complémentaire est fortement recommandée avant une installation en secteur libéral ou hospitalier. La formation théorique du DES d'ORL repose sur des cours, chaque semaine, donnés par les enseignants de la discipline. Elle doit suivre les objectifs nationaux établis par le Collège des enseignants d'ORL. Dans l'inter-région Ouest, une évaluation formative tous les 6 mois et normative en fin de cursus permet de valider la bonne connaissance de ces objectifs théoriques sous forme d'un oral devant tous les enseignants de l'inter région. Si cette formation théorique indispensable est dispensée et évaluée depuis de nombreuses années, la formation pratique repose sur les stages dans les services hospitaliers supervisés par les professionnels « seniors ». Ainsi l'interne est très rapidement mis en situation pratique que ce soit lors des consultations, des hospitalisations, des interventions chirurgicales et des explorations fonctionnelles (audiométrie, vestibulométrie, analyse vocale…).

Pour l'apprentissage de gestes techniques (interventions chirurgicales) il existe une supervision systématique avec un senior présent au côté de l'interne pour lui montrer puis le guider et enfin le regarder faire en fonction de son niveau de compétence. Il en est de même pour les explorations fonctionnelles. Pour l'hospitalisation « la visite » quotidienne est encadrée par un médecin senior. Comme le précise B.Guilbert(1), l'apprentissage et l'évaluation du « savoir faire » des gestes techniques relèvent clairement du domaine gestuel, alors que l' « art de l'entrevue », « l'enseignement du patient » relèvent du domaine de la communication avec autrui. Ce sont ces deux dernières compétences qui sont utilisées principalement pour la consultation. Les internes du service sont rapidement mis en situation (dès le premier semestre) d'autonomie où ils sont seuls face au patient et se réfèrent à un senior qu'en cas de difficulté pour « un avis » sur la conduite à tenir. Ces avis très fréquents en début de formation se raréfient plus les compétences de l'interne progressent. Si cette méthode d'apprentissage à pour avantage d'être stimulante car elle met l'apprenant « en situation » très tôt, elle comporte des inconvénients :

- l'aspect relationnel médecin-malade se fait par l'auto-apprentissage.

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

- la demande d'avis ne se fait que si l'interne ne se sent pas compétent.
- l'interne doit être capable de bien connaître son degré de compétence et ses limites.
- le timing serré des consultations avec les urgences ajoutées ne permet pas toujours d'avoir le temps de demander un avis.
- l'interne peut parfois avoir la crainte de demander un avis par peur d'être jugé incompétent.
- la démarche diagnostique, le raisonnement clinique ne sont apprécier qu'a posteriori lors de la revue des dossiers.

C'est en discutant avec l'ensemble de l'équipe pédagogique du service d'ORL que nous avons souhaité mieux appréhender l'apprentissage de l'entretien avec le patient en consultation. La supervision directe nous a paru être un bon outil pour nous aider dans cette démarche. Cet outil d'enseignement est couramment utilisé en médecine générale en France et au Québec (2). Elle consiste en une observation directe de l'apprenant par un superviseur avec un feedback immédiat ou à court terme après l'entretien (3).
L'objectif de ce travail était de mettre en place une supervision directe des internes d'ORL en consultation en utilisant une grille spécifique et d'évaluer l'intérêt de cet outil d'enseignement pour leur formation.

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

Méthode

Planification

Une phase de « test » sur le semestre Mai-Octobre 2009 a été décidée par les enseignants d'ORL pour évaluer la supervision directe, avec la nécessité de superviser chaque interne au moins une fois pendant sa consultation. Le superviseur était un des enseignants du service. Une consultation au hasard était choisie une fois que l'interne était habitué au fonctionnement du service, c'est-à-dire à partir du mois de Juillet. Le niveau de compétences des internes est variable selon le nombre de semestre fait dans la spécialité. La supervision directe devait tenir compte de ce critère dans l'appréciation des résultats. Les internes ont été informés de cette évaluation formative, non sanctionnée par une note ou une validation du stage, mais à titre « expérimental ». Une grille d'évaluation a été élaborée pour recueillir l'avis des internes sur ce mode d'enseignement.

Implantation

Une grille d'évaluation du CSCT du CHU de Limoges, utilisée dans le service de Dermatologie du Pr Bonnetblanc a été utilisée pour l'évaluation des internes d'ORL. Elle a été modifiée au préalable, et adapté à la spécialité d'ORL. Cette grille et son mode d'emploi sont présentés en annexe.

L'interne n'était pas prévenu du moment de la supervision. Cette supervision intervenait sur un patient de la liste de consultation. Le motif de consultation était choisi par le superviseur pour qu'il soit en adéquation avec la possibilité d'une évaluation de qualité. Par exemple les consultations pour bouchon de cérumen ou pour un simple contrôle postopératoire étaient exclues. Avant de faire venir le patient, le motif de consultation était vu avec l'interne, ainsi que les objectifs de la supervision directe tels qu'ils sont présentés sur le mode d'emploi de la grille. L'interne allait chercher le patient en salle d'attente accompagné du superviseur. Le superviseur se présentait et informait le patient de la supervision pendant l'entretien en lui demandant son accord. Le superviseur était situé en retrait dans la pièce et devait rester neutre pendant toute la consultation (figure 1). En fin de consultation, un feedback immédiat ou parfois légèrement différé était réalisé avec l'interne. Une évaluation était réalisée pour chaque interne.

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

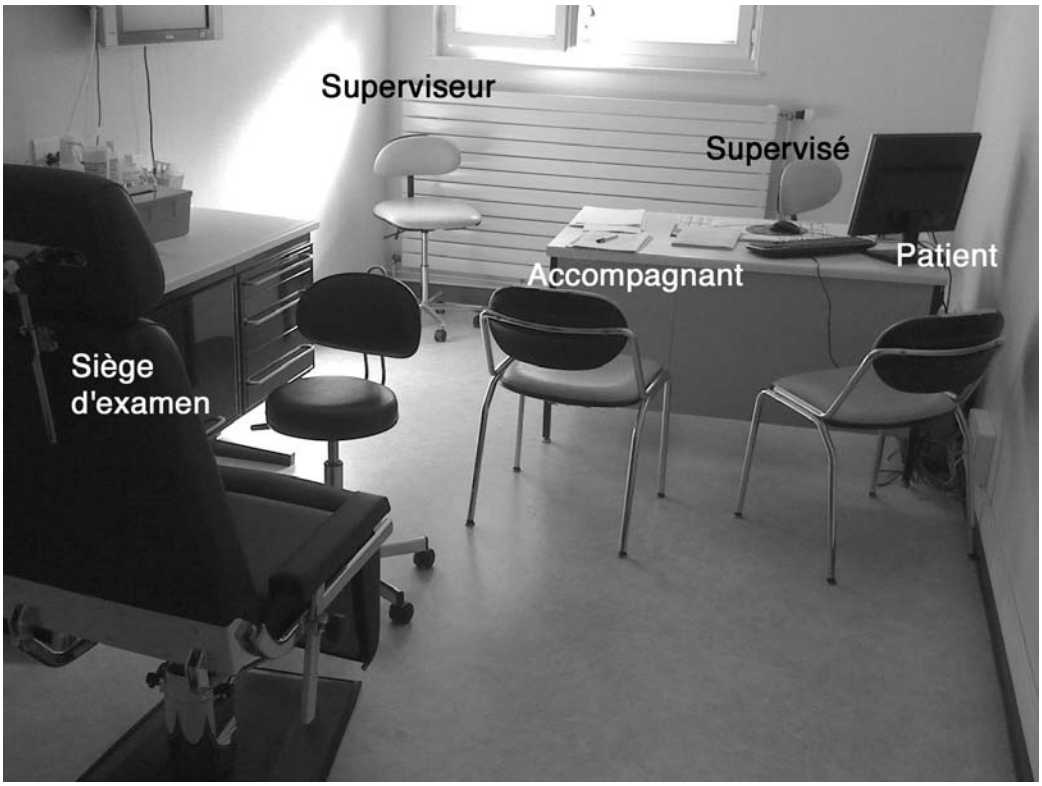

Figure 1 : Position du superviseur par rapport au supervisé et au patient dans la salle d'examen de la consultation d'ORL adulte du CHU Bretonneau à Tours

Evaluation

La grille d'évaluation de la méthode pédagogique (cf annexe) était remise à l'interne avec un temps de réflexion pour la remplir. La note obtenue par l'interne était communiquée dans un second temps à titre informatif. Une discussion informelle avec les internes sur cette méthode était ensuite menée pendant tout le semestre. Une synthèse avec l'équipe pédagogique d'ORL est prévue pour discuter l'intérêt de cette méthode et la nécessité ou non de l'utiliser pour les semestres à venir.

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

Résultats

Faisabilité de la supervision directe

Les cinq internes ont pu être évalués pendant le semestre, quatre internes en DES d'ORL et un interne en DES de chirurgie Maxillo-Faciale qui faisait un stage hors spécialité. Une seule supervision par interne a été réalisée.

Les notes obtenues, l'ancienneté dans la spécialité et le motif de la consultation sont présentés dans le tableau 1.

En moyenne, les entretiens de supervision directe ont duré 45 minutes, l'analyse de la grille et le feedback 15 minutes, soit une durée totale de 1 heure pour chaque supervision.

Analyse de la grille de supervision

Tous les internes ont eu une bonne appréciation sur l'interrogatoire du malade (partie A). Il y a eu un seul B pour un interne qui ne s'est pas présenté au patient (item premier contact). Tous les supervisés posaient des questions avec tact évitant le jargon médical. Il manquait des données sur l'histoire de la maladie ou les antécédents médicaux dans le cas des internes jeunes et de l'interne hors spécialité.

En ce qui concerne l'examen physique (partie B), il y a eu une seule évaluation B car il y a eu un oubli important (absence d'otoscopie dans l'examen d'un vertige).

Pour la partie C, orientation diagnostique, il n'y a pas eu d'évaluation en dessous du C (la plupart des éléments présents).

Pour la partie D (examens complémentaires) il n'y a pas eu d'évaluation en dessous du C.

La partie D avec l'item « établir une conclusion diagnostique » a posé des problèmes de clarté d'explication pour le malade dans 2 cas (lymphome et surdité de perception) avec des évaluations à B.

Les items de la partie F traitement étaient satisfaisants mais non applicables dans 3 évaluations sur 5.

La grille d'évaluation de la méthode

Elle a été remplie par tous les internes. Les résultats sont présentés dans le tableau 2.

Quatre internes ont jugé que cette évaluation avait permis d'améliorer leur pratique.

L'intérêt pédagogique pour l'évaluation des pratiques professionnelles a été jugé satisfaisant pour 4 d'entre eux.

La présence du superviseur a gêné leur consultation partiellement dans tous les cas.

L'utilisation de cette grille comme outil d'évaluation pour la validation des stages était retenue seulement dans 2 cas.

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

En ce qui concerne les commentaires libres nous avons repris les principales remarques :

-la présence d'un seul superviseur était retenue comme un facteur limitant pour la validité de cette méthode pédagogique.

-La réalisation d'une supervision sur une seule consultation était jugée insuffisante.

-L'explication des étapes de son évaluation avant la supervision a été un facteur déstabilisant.

-La réflexion sur la nécessité de mise en place d'un climat de confiance entre le superviseur et le supervisé a été retenue comme un facteur important.

-La présence « du patron » comme superviseur serait un facteur limitant pour certains qui se sentirait moins à l'aise pendant la consultation qu'avec un Praticien Hospitalier.

-La possibilité « d'une glace sans teint » ou d'une vidéo a aussi été proposé pour que le superviseur n'interfère pas dans la relation médecin-malade.

-La difficulté pour l'interne de ne pas demander d'avis ou de confirmation sur sa démarche diagnostique et thérapeutique par le superviseur.

Internes	motif de consultation	durée de la supervision	Note obtenue /20
Interne 1 6ème semestre	contrôle paralysie faciale	45	16,5
Interne 2 7ème semestre	tumeur bénigne langue	45	18,2
Interne 3 10ème semestre	Lymphome de l'amygdale	40	17,5
Interne 4 8ème semestre Maxillo Faciale	Vertige	40	17,8
Interne 5 4ème semestre	Surdité de perception	35	15

Tableau 1 : Résultats des supervisions directes des internes DES d'ORL en consultation

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

	Pas du tout	*Partiellement*	*Complètement*
Cette évaluation m'a servi pour améliorer ma pratique	1	2	2
Cette évaluation de mes pratiques professionnelles en consultation me semble adaptée	0	1	4
Cette grille doit être utilisée dans la validation des stages en ORL	1	2	2
La présence de l'examinateur m'a gêné pendant la consultation	0	5	0

Tableau 2 : Résultats de la grille d'évaluation par les internes d'ORL de la méthode pédagogique de supervision directe en consultation d'ORL

Discussion

Cette étude a permis de mettre en place et d'évaluer la supervision directe comme technique d'apprentissage des compétences requises d'un ORL en consultation. Il s'agissait d'une étude préliminaire qui a permis aussi d'étudier les avantages et les inconvénients de cette technique dans le but d'optimiser son utilisation ultérieurement.

1- La programmation de la supervision directe :

Pour l'équipe pédagogique d'ORL, la formation des internes à la consultation externe est complexe car elle met en exergue deux objectifs antinomiques :

- d'une part, la nécessité de laisser faire à des internes très tôt dans leur formation des consultations de première ligne pour être mis en situation pratique, et apprendre leur futur métier (remplacement possible en secteur libéral dès le 6ème semestre)
- d'autre part, la moins bonne qualité et pertinence, pour les malades, des consultations externes faites par un interne en formation

La mise en place de la supervision directe nous a semblé être un moyen pour essayer de limiter cette antinomie. En effet, la présence du superviseur pendant la consultation avait pour but de déceler des difficultés sur le plan des compétences ou sur le plan relationnel pour l'interne. Le

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

feedback avait pour but de pointer ces difficultés et d'aider l'interne à y remédier. Ceci dans l'objectif d'une meilleure prise en charge du patient.

La programmation de cette supervision directe s'est donc faite sur un semestre pour les 5 internes en formation dans le service. Le manque de temps et de moyens humains ont fait que seul un superviseur a pu tester cette nouvelle démarche pédagogique. Ceci a d'ailleurs été reproché par les étudiants.

2- L'implantation de la supervision directe

Le choix de la consultation

C'est un élément très important pour la réalisation de la supervision directe car le motif de consultation doit être adapté au niveau de compétence de l'apprenant. Pourtant lors des consultations de premières lignes, tous les cas peuvent se rencontrer et il est important de voir comment l'interne va gérer les difficultés, et notamment s'il va demander de l'aide à son ORL référent. C'est pourquoi nous avons choisi des patients qui consultaient pour la première fois dans le service adressé ou non par un médecin généraliste. Par contre, les consultations simples avec des gestes techniques (ablation de fils de sutures, biopsie cutanée, pansement…) ont été évités car elles ne permettaient pas d'évaluation de la démarche diagnostique et thérapeutique.

La position et le statut du superviseur

La position du superviseur en retrait dans la salle de consultation est importante, mais d'une importance relative car le patient ou le supervisé peut à tout moment se tourner vers le superviseur et rompre ainsi le dialogue singulier établi entre le médecin et le malade. Nous n'avons pas les moyens matériels dont disposent les équipes pédagogiques américaines (2) avec une pièce dédiée, un miroir sans teint, et une vidéo pour chaque supervision. Dans cette expérience décrite à l'université Laval au Québec en médecine familiale, la supervision directe se fait sur plusieurs demi-journées, avec 3 patients par demi-journée, 2 superviseurs (un médecin et un psychologue) et un enregistrement vidéo qui sert lors du feedback. Dans ce cas, il n'y a pas d'interaction directe du superviseur dans la relation médecin-malade. Cette interaction est indirecte car le médecin et le patient savent qu'il y a une supervision directe.

Comme le précise B Martineau (3), l'efficacité de la supervision repose sur la qualité de la relation entre le superviseur et le supervisé. Cette relation est forcément asymétrique en raison du rôle d'évaluateur et du pouvoir de sanction qui incombe à l'enseignant (4). Il est important de se rappeler que cette autorité rend le superviseur seul responsable de ne pas abuser de ce pouvoir. La remarque des internes sur les difficultés qu'ils auraient lors d'une supervision directe

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

réalisée par « le patron » va dans ce sens. La crainte de sanctions (non validation de stage, pas de nomination comme chef de clinique…) peut parfois créer une dynamique malsaine d'un point de vue pédagogique et cet écueil est souvent difficile à éviter. Il faut établir une relation de confiance entre le superviseur et le supervisé pour que, comme le précise J Turgeon (2), « d'une phase de crainte d'être observé on passe à une satisfaction d'être aidé ».

La grille d'analyse

Nous avons constaté dans un certain nombre de cas que des items de la grille n'étaient pas applicables. C'est le problème d'une grille qui est créée pour évaluer le plus possible de compétence en une seule fois. Lorsqu'une grille comporte de multiples critères d'évaluation, les études ont montré que la performance sur un des critères biaise généralement l'évaluation des autres critères, c'est l'effet halo (5). Il est préférable d'utiliser des grilles ciblées sur une compétence bien définie et sur une courte période avec des observateurs différents plutôt qu'un jugement global sur une longue période par un seul observateur. On pourrait donc scinder la grille que nous avons utilisée pour cibler pendant la SD, la démarche diagnostique puis sur une autre supervision directe la relation médecin-malade par exemple.

Le feedback et la notation

Le rôle du feedback est essentiel dans la SD. Nous nous sommes aidés de la grille pour réaliser cette étape, point par point en essayant de recueillir l'avis de l'interne sur chaque partie. La note n'était pas utilisée dans cette étape. En effet, plus qu'une évaluation le feedback doit souligné et promouvoir l'autoréflexion de l'apprenant (B Martineau). Ce feedback de la supervision directe est bien décrit en 3 étapes. Tout d'abord après chaque entrevue, le supervisé doit être questionné sur son point de vue et son fonctionnement. Ensuite, le superviseur doit faciliter le développement des compétences avant de suppléer ses déficiences. Enfin le superviseur demande au supervisé d'amorcer une démarche réflexive qui va au-delà du contexte de la consultation pour que ce dernier puisse évoluer et se remettre en question.

La notation n'est absolument pas décrite dans les expériences Québécoises. Cette note est effectivement plus volontiers utilisée dans notre système d'éducation français. Les prochaines évaluations se feront probablement sans notation globale, mais seulement avec les appréciations ABCD.

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

3- L'évaluation de la supervision directe

La grille d'évaluation a permis de constater que les internes étaient plutôt demandeurs de la mise en place de la supervision directe dans leur formation. La majorité des internes a constaté qu'elle avait permis une amélioration de ses pratiques. La supervision directe doit faire partie des outils pédagogiques utilisés pour l'acquisition des compétences de nos internes. Elle ne doit pas être utilisée comme un outil d'évaluation pour une validation de stage. Nous avons insisté sur la notion de confiance entre le supervisé et le superviseur pour une supervision directe efficace. L'absence de sanction au terme de la supervision directe va dans ce sens.

Conclusion

Les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être (1) sont les trois objectifs éducationnels lors de la planification de l'apprentissage des compétences professionnelles des personnels de santé. Les différentes méthodes d'enseignement pour les connaissances théoriques et l'apprentissage des gestes techniques sont assez bien codifiées dans notre spécialité médico-chirurgicale qu'est l'oto-rhino-laryngologie. L'enseignement de l'habilité requise à l'établissement d'une relation médecin-malade de qualité n'existe pas à proprement parlé. C'est l'expérience personnelle, familiale, intellectuelle, ainsi que le profil psychologique et la facilité de communication qui permettent au jeune médecin de s'en sortir face à certaines situations relationnelles difficiles. L'intégration de la supervision directe dans l'enseignement de notre spécialité permettrait d'apporter cette dimension pédagogique dans le cursus de l'interne d'ORL. Car comme le précise J Turgeon (2), la supervision directe n'est pas seulement une évaluation pour savoir si l'étudiant se comporte bien et donne les bonnes recettes, c'est une aide à la prise de conscience de sa façon d'être et la délimitation des zones de confort et de malaise dans sa relation avec le malade. Cette étude préliminaire va dans ce sens et permet au moins de poser les bases d'une discussion avec l'ensemble de l'équipe pédagogique pour les années à venir.

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

Bibliographie

1- Guilbert J J. L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire. Pédagogie Médicale, 2001 ; 2 : 23-5.

2- Turgeon J, St-Hilaire S. La supervision directe en médecine familiale… l'expérience d'une résidente. Pédagogie Médicale, 2001 ; 2 : 199-205.

3- Martineau B , Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. Pédagogie Médicale, 2008 ; 9 :19-31.

4- Giroux M, Bergeron D. Un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine. Pédagogie Médicale, 2003 :4 ; 202-7

5- Charlin B, Bordage G, Van Der Vleuten C. L'évaluation du raisonnement clinique. Pédagogie Médicale, 2004 ; 4 :42-52.

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

Annexes

Grille de Supervision directe des internes en DES d'ORL au CHU de Tours

Généralités, mode d'emploi

L'interne doit connaître la nature des étapes de son évaluation et ce qu'on attend de lui (liste ci-dessous).
La grille doit être utilisée en **observant directement l'interne** pendant l'interrogatoire et l'examen clinique.
Cette grille est prévue pour faire passer l'épreuve en suivant **les étapes ci-dessous :**

1. Fournir à l'interne le motif d'hospitalisation (lettre du médecin traitant)
2. Interrogatoire du patient par l'interne
3. Examen physique
4. Fait une synthèse des problèmes et élabore des hypothèses diagnostiques
5. Demande éventuellement des examens complémentaires (hiérarchie, justification) pour vérifier ses hypothèses ou interprète des examens déjà réalisés
6. Propose un traitement et éventuellement un plan de suivi.

La note correspondant à la grille proposée comporte 120 points.
La grille peut être adaptée au cas du patient en supprimant des rubriques ou en augmentant le coefficient de certaines rubriques (exemple : interprétation radiologique importante, interrogatoire du patient difficile)
15 points sont laissés à l'appréciation des évaluateurs.
La grille peut éventuellement être remplie indépendamment par chacun des examinateurs qui établiront ensuite pour chaque item une notation consensuelle.

Schématiquement, la note pour chaque item est gradée de A à D :
A : Aucun des éléments présent
B : Certains éléments présents
C : La plupart des éléments présents
D : Tous les éléments présents (cas idéal)

NA : Non applicable (ex, interrogatoire chez un patient comateux) : EN TENIR COMPTE DANS LA NOTE GLOBALE

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

Grille de Supervision directe des internes en DES d'ORL au CHU de Tours

Interne DES (nombre de semestres faits) : . . . . . .

Examinateurs :. . . . . Date : . . . . . .

Diagnostic résumé (5 mots) . . . . . .

A – INTERROGATOIRE DU MALADE

1. PREMIER CONTACT :

L'interne salue le malade, se présente, il l'appelle par son nom, explique les raisons de l'entrevue et met son interlocuteur à l'aise.

A	B	C	D	
0	1	2	3	

2. TECHNIQUE DE L'INTERROGATOIRE :

L'interne dirige bien l'interrogatoire, il fait un bon dosage des questions « ouvertes » et « fermées », il facilite les réponses du malade, écoute attentivement celui-ci et évite les redites.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

3. VOCABULAIRE :

L'interne emploie des mots de la langue commune, il évite le jargon médical, il donne des explications claires sur les réponses qu'il attend.

A	B	C	D	
0		1	2 3	

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

4. EXHAUSTIVITE DE L'INTERROGATOIRE :
L'interne a obtenu des données pertinentes sur **l'histoire de la maladie**.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

5. EXHAUSTIVITE DE L'INTERROGATOIRE :
L'interne a obtenu des données pertinentes sur les **antécédents personnels et familiaux**.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

6. EXHAUSTIVITE DE L'INTERROGATOIRE :
L'interne a obtenu des données pertinentes sur les **traitements actuels et antérieurs**.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

B – EXAMEN PHYSIQUE

7. ORIENTATION EN FONCTION DU OU DES PROBLEMES IDENTIFIES :
L'interne pratique l'examen physique en l'orientant d'abord vers les problèmes identifiés par l'histoire de la maladie ; il examine en détail la sphère ORL.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

8. EXHAUSTIVITE DE L'EXAMEN PHYSIQUE :
L'interne complète son examen en fonction de la situation spécifique du malade (antécédents importants sans rapport avec le problème actuel, terrain particulier) mais il évite les gestes inutiles.

A	B	C	D	
0		1	2	
3				

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

9. TECHNIQUE DE L'EXAMEN :
L'interne exécute correctement les techniques d'examen et les adapte à l'état du malade de manière à ne pas causer à celui-ci d'inconvénient indu.

A	B	C	D
0		2	4
6			

10. RESPECT POUR LE MALADE :
L'interne fait preuve de respect envers le malade, au cours de l'examen et se conduit avec tact et délicatesse.

A	B	C	D
0		1	2
3			

C – ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

11. IDENTIFICATION DES PROBLEMES :
Les problèmes posés par le patient sont exposés correctement et d'une manière aussi précise que les données recueillies le permettent, **concernant la synthèse clinique**.

A	B	C	D
0	2	4	6

12. IDENTIFICATION DES PROBLEMES :
Les problèmes posés par le patient sont exposés correctement et d'une manière aussi précise que les données recueillies le permettent, **concernant les hypothèses diagnostiques et les diagnostics différentiels**.

A	B	C	D
0	2	4	6

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

13. IDENTIFICATION DES PROBLEMES :
Les problèmes posés par le patient sont exposés correctement et d'une manière aussi précise que les données recueillies le permettent, **concernant la recherche d'une cause iatrogène.**

A	B	C	D	
0	2	4	6	

D – EXAMENS COMPLEMENTAIRES

14. INDICATIONS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :
L'interne établit précisément une liste d'examens complémentaires pertinents ; il est capable de les hiérarchiser, il les justifie en tenant compte du coût, des risques qu'ils comportent et des résultats qu'il peut en espérer.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

15. INTERPRETATION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES COURANTS :
L'interne interprète correctement les données iconographiques (imagerie, ECG…) qui sont dans le domaine sa compétence selon le nombre de semestres réalisés dans la spécialité. Il fait progresser la démarche diagnostique à la vue des résultats des examens complémentaires disponibles.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

E – CONCLUSION

16. ETABLIR UNE CONCLUSION DIAGNOSTIQUE :
L'interne doit faire une conclusion en tenant compte des données cliniques et des résultats des examens complémentaires.

A	B	C	D	
0	1	2	3	

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

F – TRAITEMENT

17. ANALYSE DU DEGRE D'URGENCE THERAPEUTIQUE :
L'interne se préoccupe du degré d'urgence des traitements et de leur mise en oeuvre.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

18. GRANDES ORIENTATIONS THERAPEUTIQUES PAR CLASSE MEDICAMENTEUSES :
L'interne propose un programme thérapeutique global pertinent pour le ou les problèmes présentés par le malade.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

19. ORDONNANCE :
L'interne rédige une ordonnance de façon exhaustive et réelle (ordonnancier fourni à l'interne), si le cas du patient s'y prête.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

20. EXPLICATION et INFORMATION :
L'interne explique au patient le traitement et ses modalités ; il l'informe sur les effets secondaires possibles et les effets bénéfiques attendus.

A	B	C	D	
0	2	4	6	

21. MESURES A LONG TERME :
L'interne dresse un plan de soins à long terme, il prévoit les hospitalisations futures, les examens et les visites de contrôle, les consultations à demander et le transfert éventuel du malade.

A	B	C	D	
0	1	2	3	

22. Items rajoutés par les évaluateurs spécifiques à la pathologie (sur 12 points) :

TOTAL SUR 120 POINTS……

PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com
PDF-XCHANGE Click to buy NOW! www.docu-track.com

Grille d'évaluation (à remplir par les internes)

1. Cette évaluation m'a servi pour améliorer ma pratique	*Pas du tout*	*Partiellement*	*Complètement*
2. Cette évaluation de mes pratiques professionnelles en consultation me semble adaptée	*Pas du tout*	*Partiellement*	*Complètement*
3. Cette grille doit être utilisée dans la validation des stages en ORL	*Pas du tout*	*Partiellement*	*Complètement*
4. La présence de l'examinateur m'a gêné pendant la consultation	*Pas du tout*	*Partiellement*	*Complètement*

5. Commentaires libres :